

THÈSE

427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Polymenis THÉOPHILIDÉS

Né le 18 Février 1896 à Scopos (Grèce)

***L'Intérêt du Dispensaire
dans l'Élevage du Nourrisson***

Président : Monsieur LEREBoullet, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1929

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Polymenis THÉOPHILIDÈS

Né le 18 Février 1896 à Scopos (Grèce)

***L'Intérêt du Dispensaire
dans l'Élevage du Nourrisson***

Président : Monsieur LEREBoullet, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1929

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	PEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Affectueux hommage et en considération des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MADAME CHARLES AURIOL

Je lui dois ce que je suis.

A MES AMIS LES DOCTEURS :
ANDRE BLOQUIER DE CLARET
et EMILE PLANCHON

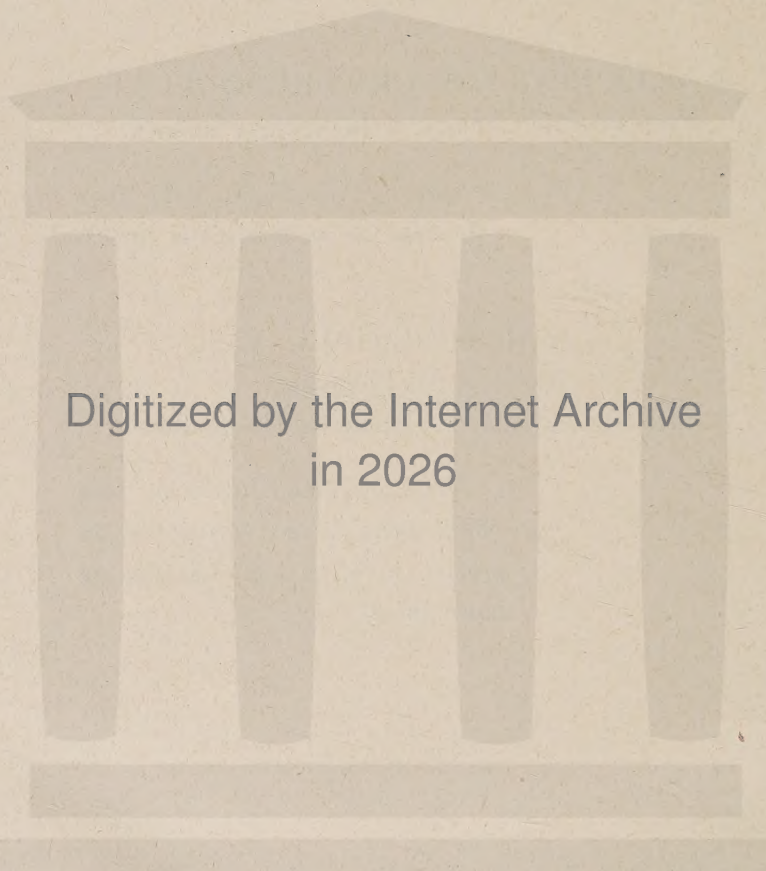
Je leur garde une reconnaissance éternelle.

A M. LE PROFESSEUR LEREBoullet,
Professeur de Clinique de la première enfance

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A M. WEIL-HALLÉ,
Médecin des Hôpitaux,
Directeur-Adjoint de l'Ecole de Puériculture

*Nous le remercions d'avoir bien
voulu nous faire profiter de ses
précieux conseils à la rédaction de
notre thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543731_0035

AVANT-PROPOS

« La période d'après guerre a posé à un degré d'intensité particulièrement douloureuse en France, le problème de la lutte contre la dépopulation. C'est d'urgence que toutes les énergies doivent s'unir pour reconstituer la race éprouvée par cette sorte d'anti sélection, que réalise la destruction des éléments les plus jeunes et les plus vaillants » (1).

Cette dépopulation de la France ou plutôt ce très faible accroissement de la population : en effet étudié pendant la période de 1851 à 1921, cet accroissement n'a été que de 10 % — contrastant avec celui des pays voisins — pendant ce même laps de temps l'Angleterre, la Prusse et les Pays-Bas progressaient de 100 % — tient à deux facteurs principaux : la faible natalité mais surtout la grande mortalité au cours des premières années de l'existence.

En effet, si pendant plus d'un demi-siècle la diminution de la natalité en France survenue aussitôt après les guerres napoléoniennes a contrasté dangereusement

(1) Dr B. Weill-Hallé. La puériculture et son évolution.

avec son augmentation dans les pays voisins, actuellement toutes les nations civilisées ont des taux de natalité en baisse. Dans la plupart des pays d'Europe le taux de natalité est inférieur à 25 pour mille, et si en 1927 ce chiffre est descendu à 18 pour mille en France, celle-ci a à ses côtés l'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, la Suisse, la Suède et la Norvège.

Par contre la France a beaucoup à faire pour atteindre les résultats obtenus dans les pays voisins, dans l'abaissement du taux de la mortalité. Elle reste en effet à une mortalité de 16,5 pour 1.000 habitants en 1927, alors que l'Allemagne et l'Angleterre qui avaient en 1880 un taux de mortalité beaucoup plus élevé ne sont qu'à 12 pour 1.000 actuellement. Et si l'on distingue maintenant dans le nombre global des décès ceux qui se rapportent à la mortalité infantile, et surtout à la mortalité du premier âge, nous voyons que ce chiffre reste encore considérable.

De la moitié de la mortalité infantile totale de 1903 à 1912, d'après une statistique de Juillerat et Fillassier, ce déchet a été réduit il est vrai à 95 pour 1.000 en 1921-1925, et à 89 en 1927.

Mais l'Allemagne qui en 1901-1905 perdait 199 enfants pour 1.000, n'en perd plus actuellement que 80, et cette mortalité n'est que de 68 pour 1.000 à Londres, 66 à New-York, 45 pour 1.000 seulement en Pays-Bas.

Quelle perte annuelle représente pour la France la

mortalité du premier âge? Près de 100.000 vies humaines sont fauchées dès leur apparition, si l'on ajoute aux 60.000 nourrissons qui succombent au cours de la première année de leur existence, le chiffre de la mortalité 30.000. (La loi française étend ce terme aux enfants qui nés vivants meurent dans les trois jours qui suivent leur naissance. Délai de déclaration.)

Un grand nombre des enfants, nés dans les familles pauvres, qui dépasseront la première année, seront pâles, rachitiques, atteints de troubles gastro intestinaux chroniques, prédisposés à l'infection tuberculeuse avec une santé déjà compromise, des capacités de survie médiocre, des moyens réduits pour entreprendre la lutte pour la vie aujourd'hui plus âpre et plus ingrate que jamais. Témoin le grand nombre d'enfants malingres, souffrant de troubles de la nutrition, ou atteints d'infirmité locale que l'on rencontre dans les milieux scolaires, témoin encore le déchet considérable à défalquer au conseil de révision.

« Les éleveurs font leur possible pour ne pas perdre les petits animaux qui naissent chez eux. Si dans leurs écuries, dans leurs étables, dans leurs bergeries ils avaient de semblables résultats, guidés par leur intérêt matériel, quelles précautions, quelles mesures ne prendraient-ils pas! Pour les enfants que font les parents? que font les villes? que fait l'Etat? » a dit Budin. (*L'obstétrique*, 1900.)

LE DISPENSAIRE

Et c'est Budin lui-même qui a fondé dans son service à la Charité en 1892 la première consultation de nourrissons dans le but « de surveiller, de diriger et d'aider les mères désireuses de bien faire, mais ignorantes et pauvres ». Depuis cette époque, consultations de nourrissons, primitivement destinées à ne s'occuper que des nourrissons au sein, et gouttes de lait qui se proposaient de distribuer aux enfants soumis à l'allaitement artificiel du lait de bonne qualité et dosé suivant les indications du médecin, se sont multipliées, se sont perfectionnées, et à l'heure actuelle nombreux sont les dispensaires d'hygiène infantile.

C'est l'intérêt du dispensaire dans l'élevage du nourrisson, dans la lutte contre la mortalité infantile, et d'une façon générale dans « la lutte en faveur de l'enfant normal » que nous nous proposons d'étudier dans ce mémoire.

« Protéger l'enfant dès avant sa conception, assurer son développement intégral dans le sein maternel, éviter tous les incidents fâcheux lors de sa naissance, contrôler et favoriser sa croissance lorsqu'il aura vu le jour, éloigner les dangers inhérents au milieu extérieur et à la vie sociale » tel est son but.

Nous verrons au cours de notre étude quels en sont les résultats. Nous avons eu la bonne fortune de disposer pour cette étude de nombreux dossiers des

enfants suivis à l'école de puériculture, enfants appartenant au quinzième arrondissement, l'un des plus peuplés de Paris. Chaque dossier comporte en effet une fiche médicale où sont consignés au jour le jour les signes cliniques présentés par l'enfant, son mode d'alimentation, les traitements auxquels il a été soumis éventuellement, et une fiche sociale qui tenue à jour par l'infirmière visiteuse, nous rend compte de la salubrité du logement, des soins donnés au bébé, des ressources pécuniaires de la famille, et nous permet en somme de placer le tout-petit dans son véritable milieu familial.

Et avant d'étudier les résultats obtenus par le dispensaire, nous sommes amenés à dire un mot du fonctionnement de celui-ci.

L'école de Puériculture en possède trois : un dispensaire pour les femmes en état de gestation, un dispensaire pour les enfants d'âge scolaire, et un dispensaire pour la première enfance qui suit les enfants pendant les trois premières années de leur vie. (Ce délai supérieur à celui admis par le Professeur Marfan a été adopté pour des facilités de service.)

Pour suivre les enfants l'école de Puériculture possède une consultation où ils sont examinés par des pédiatres et des spécialistes, une laiterie, un pavillon de rayons ultra-violets et enfin un service social qui, grâce à ses infirmières visiteuses, constitue la liaison entre la famille et le médecin.

Nous remercions ici tous ceux qui ont contribué à recueillir les documents nécessaires à notre étude, médecins et infirmières visiteuses à qui nous exprimons toute notre admiration pour le travail infatigable qu'elles fournissent avec tant de dévouement en vue de la préservation des tout-petits.

Utilité du dispensaire

Comment pourrait-on apprécier l'utilité du dispensaire dans l'élevage du nourrisson ?

Moins, croyons-nous, en citant les observations d'enfants qui en ont bénéficié d'une façon évidente, ont été sauvés de la mort grâce à la surveillance du dispensaire, qu'en étudiant les échecs de ce dernier. Car malgré les efforts combinés des médecins et des infirmières visiteuses, le dispensaire n'arrive pas à sauver tous ces petits êtres souffreteux et malingres qu'il prend sous son aile protectrice et ici comme dans toutes les œuvres de protection de l'enfance on enregistre des décès. Nous donnerons dans notre mémoire le relevé des observations des enfants décédés au cours de l'année 1928 parmi ceux suivis à l'école de puériculture, nous étudierons grâce à leurs fiches médico-sociales, analytiquement les causes de ces décès, nous les comparerons à la mortalité infantile générale, et nous essayerons de voir comment le dispensaire lutte pour la protection et la sauvegarde des enfants, et pourquoi il n'arrive malheureusement pas encore à obtenir les résultats optima.

Observations classées

Nous aurions pu classer nos observations suivant les diagnostics des maladies terminales ayant emporté les bébés et les 41 décès correspondraient alors à :

<i>Causes de décès</i>	<i>0-1 an</i>	<i>1-3 ans</i>
Troubles digestifs	7	2
Rougeole	4	0
Affections broncho pulmonaires	8	1
Méningites	3	0
Syphilis héréditaire	3	0
Débilité congénitale	1	0
Coqueluche	2	0
Diphtérie	1	0
Otites	1	0
Athrepsie	2	0
Divers	3	1
Total	35	4

Mais nous préférons adopter la classification proposée par MM. Weill-Hallé et N. V. Luyen dans une statistique antérieure de la mortalité infantile de l'école de puériculture en décès dûs à des causes sociales et à des causes pathologiques, classification qui tient compte du terrain, des causes adjuvantes prédisposantes ou favorisantes qui ont été le point d'appel de la maladie.

Il est évident que sans l'agent infectieux de la maladie, les petits deshérités auraient pu continuer à vivre,

mais il est incontestable et nos observations le prouveront que, souvent la maladie n'aurait été que l'occasion du décès dont la cause doit être cherchée ailleurs, et dès lors nos observations seront classées de la façon suivante :

TABLEAU DES FACTEURS MÉDICO-SOCIAUX
DE LA MORTALITÉ INFANTILE

FACTEURS AYANT CAUSÉ LA MORT	Décès de 0 à 1 an	Décès de 1 à 3 ans
<i>1. Causes sociales :</i>		
Insouciance incurie	2	0
Allaitement artificiel	1	1
Misère travail de la mère	2	0
<i>2. Causes pathologiques :</i>		
<i>a) Causes anté natales :</i>		
Débilité congénitale et prématur- ration	3	0
Syphilis héréditaire	3	0
<i>b) Causes post-natales :</i>		
Troubles digestifs	1	1
Rougeole	3	1
Affections broncho pulmonaire	7	1
Méningite	3	0
Coqueluche	2	0
Diphtérie	1	0
Otite	1	0
Athrepsie	1	0
Divers	3	1

CAUSES SOCIALES

Insouciance — Ignorance — Incurie

I. — L... Gilbert : né le 8 juillet 1928, décédé le 24 octobre 1928 de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires : père bien portant, mère ayant eu une réaction de Wassermann positive en 1927, devenue négative à la suite d'un traitement par piqûres pendant la grossesse.

Antécédents personnels : né à terme, élevé au sein, pas d'ictère, pas de corysa.

Est amené à la consultation pour la première fois à l'âge de vingt jours et présente alors un bon aspect général. Le foie et la rate sont normaux, l'ombilic est légèrement suppurant.

Suivi irrégulièrement au dispensaire, l'infirmière visiteuse est obligée de rappeler constamment la mère. Sevré à l'âge de deux mois, la mère devant reprendre son travail, il présente des troubles digestifs graves pour lesquels il est hospitalisé aux Enfants Malades où il succombe.

Milieu familial : le père atteint de néphrite et urémie est hospitalisé après la naissance du bébé, la mère désordonnée et sale ne semble pas se rendre compte des soins à donner à l'enfant. Elle présente à l'égard de ce dernier la même insouciance qu'elle avait déjà présenté au cours de sa grossesse, vis-à-vis du traitement anti-syphilitique auquel elle a été soumise. La maladie du mari se prolongeant, la misère s'ajoute, l'obligeant à travailler dehors et à s'occuper encore moins de son enfant.

II. — T... Maurice : né le 24 novembre 1927, décédé le 14 février 1928 d'athrepsie.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants : première grossesse.

Antécédents personnels : né à huit mois, poids de naissance ?, allaitement artificiel, d'emblée a reçu du B. C. G.

Vient pour la première fois au dispensaire à l'âge de deux mois le 25 janvier 1928. Il présente à ce moment une hypothrepsie marquée et un léger cranio-tabès, le foie et la rate sont normaux.

Milieu familial : le père a abandonné la mère qui dans la misère habite en meublé; très insouciant, elle ne s'occupe nullement de son enfant à tel point que la tenancière de l'hôtel voulait porter plainte contre elle. Les résultats ne se font pas attendre et le petit débile succombe rapidement.

Misère, travail de la mère

III. — C... Rose : née le 29 septembre 1927, décédée le 1^{er} janvier 1928 de gastro-entérite.

Antécédents héréditaires : père cardiaque et emphysemateux, mère bien portante, a eu quatre enfants dont un mort-né prématuré; un second mort quelques heures après la naissance; deux enfants vivants dont l'une atteinte de péritonite tuberculeuse et ayant présenté des signes pulmonaires.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance : 4 kgs 350, a été allaitée au sein pendant dix jours, depuis à l'allaitement artificiel.

Est venue une seule fois à la consultation à l'âge de quinze jours; était à ce moment en relativement bon état quoique présentant du muguet. N'est plus revenue à la consultation mais est suivie par l'infirmière visiteuse.

Milieu familial : l'enfant se porte bien tant que la mère sympathique et propre s'en occupe elle-même malgré son travail, mais son mari étant mort, elle est obligée de se séparer de l'enfant à la fin de décembre et de le placer en pouponnière; il meurt au bout de quelques jours de troubles gastro-intestinaux.

IV. — L... Henri : né le 9 juin 1927, décédé aux Enfants-Malades le 1^{er} janvier 1928.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : né à terme, pas de coryza, pas d'ictère, poids ?, élevé au sein.

Est amené à la consultation à l'âge de quinze jours, il présente des sutures crâniennes assez larges, un foie et une rate normaux, il a un coryza intense, et une pyodermite généralisée avec ombilication centrale, suivie régulièrement et traitée à l'école de Puériculture. Est sevré à l'âge de trois mois, la mère ayant eu un érysipèle, il est mis à l'allaitement artificiel, lait condensé.

Cesse de venir au dispensaire dès la fin de septembre.

Milieu familial : l'enquête nous apprend que la mère, qui habite seule une petite pièce misérable, a été obligée de mettre son enfant en garde pour pouvoir gagner sa vie. Celui-ci commence à dépérir dès novembre et finit par mourir d'athrepsie.

Allaitement artificiel

V. — V... Claude : né le 9 juin 1928, décédé le 24 juillet de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 3 kgs 630, élevé au sein pendant un mois et alimenté au lait frais ordinaire coupé d'eau de Vals par la suite.

Il est amené à la consultation à l'âge de six semaines,

présentant de la diarrhée ,des coliques qui provoquent des convulsions.

Il est hypothrepsique, deshydraté, très fatigué.

Il est gardé à la chambre d'allaitement de l'école de Puériculture où il succombe le lendemain.

Milieu familial : là encore, nous apprenons que l'enfant a été sevré brusquement, la mère se trouvant dans la nécessité de travailler dehors.

VI. — V... Christiane : née le 2 décembre 1927, décédée en juin 1928 de troubles digestifs :

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, une fausse couche à trois mois. Au cours de cette grossesse, la mère a eu de grandes privations.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance : 3 kgs, au sein pendant un mois, a été sevrée par manque de lait chez la mère, commence à dépérir du jour où elle a été mise à l'allaitement artificiel.

Est vue au dispensaire pour la première fois à l'âge de trois mois, est alors très hypothrepsique et hypotonique.

L'enfant n'est ramenée qu'une seule fois à la consultation.

Milieu familial : le père chômant et la mère ne travaillant pas, la famille est couverte de dettes. A la misère s'allie dans une large mesure l'insouciance, l'indifférence pour l'enfant.

CAUSES PATHOLOGIQUES

ANTÉ-NATALES

Débilité congénitale et prématuration :

Syphilis héréditaire

VII. — L... René : né le 10 décembre 1927, décédé le 31 janvier 1928, de broncho-pneumonie avec réaction méningée.

Antécédents héréditaires : père et mère en bonne santé apparente, trois grossesses dont deux fausses couches. A reçu deux séries de piqûres au cours de sa grossesse.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 2 kgs 341, nourri au sein mais mal réglé.

Lors de son premier examen à l'école de Puériculture à l'âge de dix-sept jours, il présentait un coryza persistant dès la naissance. Son nez est écrasé, il a un cranio-tabès occipital avec un foie nettement augmenté de volume débordant les fausses côtes, une rate perceptible, il est régulièrement suivi à l'école de Puériculture.

VIII. — G... Robert : né le 5 mars 1928, décédé le 30 juin 1928 de diarrhée verte.

Antécédents héréditaires : père bien portant, la mère a présenté des lésions tuberculeuses des deux sommets en 1919 — a actuellement un lupus —; c'est sa première grossesse gémellaire et univitelline. Les enfants sont nés à 7 mois; Robert pesait 1 kg. 700, n'avait ni ictère ni coryza; a été élevé au sein pendant vingt jours, puis mis au lait condensé.

A son premier examen, à l'âge de deux mois, il présentait un état de nutrition très médiocre avec crâne très mou. A toujours été hypothrepsique et se deshydrate progressivement (persistance du pli cutané).

Fait une broncho au début de juin.

IX. — G... Raymond est le second jumeau qui succombe également le 30 juin 1928 de diarrhée verte.

Il pesait à la naissance 1 kg. 530, a eu un ictère qui a duré dix jours, pas de coryza, vomissements après les tétées.

Il a un peu meilleur aspect que le premier, mais nettement hypothrepsique, il voit son athrépsie progresser de jour en jour.

Milieu familial : les enfants qui sont abandonnés par le père sont élevés par la mère qui touche un secours d'abandon et des bons de lait gratuits, mais n'arrive que très péniblement à subvenir à leur besoin. Propre, tenant bien ses enfants dans une chambre claire et bien

aérée, elle est obligée de travailler au dehors pour vivre, ce qui la fait chercher à les placer.

Syphilis héréditaire

X. — M... Charles : né le 31 janvier 1927, décédé le 8 janvier 1928 de convulsions.

Antécédents héréditaires : père et mère semblent en bonne santé, deux grossesses antérieures dont un enfant mort à neuf mois.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 3 kgs 900, élevé au sein, toutes les trois heures.

Vu pour la première fois à l'âge de deux mois, présentait de la diarrhée, de la toux et des vomissements, il a été constaté à ce moment du cranio-tabès. La rate augmentée de volume était palpable. Il avait de l'erythème du siège.

A été suivi ordinairement à l'école de Puériculture.

Milieu familial : enfant élevé dans une chambre d'hôtel meublé sur cour. La mère semblait s'en occuper assez bien, mais se montrait récalcitrante aux frictions mercurielles prescrites.

XI. — L... Gisèle : née le 4 juin 1928, décédée le 1^{er} octobre de convulsions.

Antécédents héréditaires : père toussé et crache tous les matins, n'est pas suivi. Mère en bonne santé.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance : 2 kgs 900, ictère pendant quatre jours, co-

ryza unilatéral et persistant dès la naissance, huit jours au sein puis mise à l'allaitement artificiel. Présentait dès la naissance des vomissements abondants. Examinée pour la première fois à l'âge de deux mois, elle avait une nutrition insuffisante, une rate grosse et dure, de la polyadénie. Petite hernie ombilicale.

Milieu familial : enfant abandonnée par le père. Mère domestique était obligée de mettre le bébé en garde; était malheureuse chez ses patrons, ne gagnait que 130 francs par mois.

XII. — L... Edouard : né le 8 juillet 1928, décédé le 19 au cours d'un accès de cyanose.

Antécédents héréditaires : père bien portant, la mère avait un B. W. positif à son premier examen, fait le 18 juillet.

Antécédents personnels : né à terme, circulaire du cordon plusieurs tours en état d'asphyxie, poids : 3 kgs.

Depuis le neuvième jour, perte des forces (n'arrive pas à téter). Fait des crises de cyanose avec refroidissement des extrémités et aspect syncopal.

A l'examen le 18 juillet, au dixième jour, on constate un état de nutrition médiocre sans souffle cardiaque, avec nombreux râles dans les champs pulmonaires. La rate est grosse et dure, l'enfant succombe le lendemain chez lui.

POST-NATALS

Troubles digestifs

XIII. — O... Jacques : né le 14 juin 1928, décédé aux Enfants-Malades le 27 novembre de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires : père réformé pour cardiopathie, mère souffre de l'estomac, trois enfants vivants, pas de fausse couche. Au cours de la grossesse actuelle a présenté des pertes verdâtres et de la surdité ayant duré trois mois, s'accompagnant de toux et de maux de tête.

Antécédents personnels : l'enfant est né à terme, poids de naissance : 2 kgs 750, a eu du coryza pendant quinze jours, nourri au sein pendant quinze jours puis à l'allaitement mixte, deux tétées et cinq biberons pendant deux mois, sevré alors et mis en crèche, présentait dès la naissance des vomissements après chaque tétée et des selles verdâtres.

Au premier examen, à l'âge de trois mois, il avait un état de nutrition médiocre, de la pâleur des téguments, de l'hypothrepsie du premier degré. Léger erythème fessier. Le crâne était bien ossifié. Il a été régulièrement suivi au dispensaire jusqu'à l'accentuation de ses troubles digestifs qui ont nécessité son admission à l'hôpital.

Milieu familial : il appartenait à une famille qui a vu sa situation pécuniaire fléchir du fait de la faillite de la maison où travaillait le père, depuis la femme a

été obligée de travailler dehors. Elle semble bien s'occuper de ses enfants, guidée par le père et suit très bien les conseils donnés.

XIV. — T... Denise : née le 3 août 1928, décédée le 31 décembre à Trousseau de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, deux grossesses normales, deux enfants vivants.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance : 3 kgs 250, au sein, vomissements et régurgitations. Selles grumuleuses et un peu vertes, pas d'ictère, pas de coryza.

A son premier examen, à l'âge de quinze jours, malgré ses vomissements, avait un assez bon aspect général, ne présentait rien d'anormal. Elle est suivie à l'école de puériculture où on la traite par du citrate de soude et de la belladone, mais ces vomissements persistant, on l'envoie à l'hôpital en vue d'un examen radioscopique de l'estomac qui reste absolument négatif. L'enfant est très amaigrie alors et présente une température à 39°. La cuti-réaction et le B. W. sont négatifs.

Milieu familial : la mère est très attentive, soigne très bien l'enfant, suit toutes les indications données. Concierge, elle habite un logement très humide mais bien aéré et propre.

XV. — B... Marcelle : née le 13 septembre 1927, décédée en octobre 1928 de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, première grossesse.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance : 2 kgs 750, au sein jusqu'à six mois. On lui donne une bouillie à 6 mois et demi. Au moment de sa première consultation, elle avait onze mois, elle était nourrie avec deux bouillies et quatre tétées et paraissait en bon état de nutrition; elle avait des bosses frontales saillantes, de grosses épiphyses et un chapelet costal. Le foie et la rate étaient normaux. Elle perçait sa première incisive. La cuti-réaction était négative.

Rougeole

XVI. — K... Micheline : née le 12 septembre 1927, décédée le 6 avril 1928 de rougeole compliquée.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance : 3 kgs, coryza, un mois au sein, puis au lait ordinaire non coupé. Vue pour la première fois à l'âge de six mois, présentait quelques troubles digestifs avec vomissements et selles fétides dues à la mauvaise alimentation.

Milieu familial : famille sans ressource depuis peu à Paris, sans travail, en hôtel meublé.

La mère travaillant au dehors à la journée, confiait l'enfant aux locataires et ne pouvait s'en occuper que

le soir, placée en garde par l'école de Puériculture, l'enfant fait une rougeole mortelle.

XVII. — S... Jocelyne : née le 2 avril 1927, décédée le 24 avril 28 de rougeole avec convulsions.

Antécédents héréditaires : parents bien portants, un premier enfant mort-né, la mère ayant eu de l'albumine.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance ?, pas de coryza, au sein.

Est vue pour la première fois à l'âge d'un mois, présentant un bon état général. La fontanelle post. était encore ouverte, suivie à l'école de Puériculture régulièrement. On y règle l'alimentation de l'enfant.

XVIII. — A... Jacques : né le 13 mai 1927, décédé le 13 janvier 28 de rougeole.

Antécédents héréditaires : père cardiaque aurait reçu des séries de piqûres. Mère surveillée par le dispensaire parce que ayant présenté du B. K. dans les crachats en septembre 27. Trois grossesses, trois enfants vivants. L'un des aînés a le pied gauche fistulisé dans le plâtre.

Antécédents personnels : né à terme, accouchement normal, poids de naissance ?. Au sein jusqu'à cinq mois, depuis allaitement mixte, cinq biberons et deux tétés.

Est amené à la consultation à l'âge de sept mois pour diarrhée et vomissements. Foie et rate normaux. Bon aspect général. Ne revient plus.

Milieu familial : a été en contact avec frère aîné ayant eu la rougeole dans le petit logement de deux pièces très mal tenu qu'habite la famille. Les ressources sont limitées, le père chôme et cherche travail dans le quartier, quant à la mère, elle ne peut rien faire, étant toujours très fatiguée à cause de son affection pulmonaire.

XIX. — A... Robert : né le 17 avril 27, décédé le 21 mai 28 de rougeole.

Antécédents héréditaires : père atteint de maladie de l'estomac, mère a une faiblesse de la jambe gauche après paralysie infantile, deux enfants bien portants.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 3 kgs 150, au sein, bien réglé.

A son premier examen, à l'âge de cinq semaines, présentait un bon état de nutrition. Le foie et la rate étaient normaux. Il est régulièrement suivi à l'école de Puériculture.

Milieu familial : malgré moyens restreints, les parents s'efforcent de faire pour le mieux pour leurs enfants. La maison et les petits sont très bien tenus.

Affection broncho-pulmonaire

XX. — G... Marcell : né le 8 septembre 1927, décédé le 19 janvier 1928 de broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants. Trois gestations : premier enfant vivant né en

1925 a eu en 1928 une cuti positive, puis un avortement de deux mois et demi en 26. La troisième grossesse était une gémellaire, Marcel est l'un des deux jumeaux du même sexe.

Antécédents personnels : est né à terme, pesait 2 kgs 300, a été examiné à l'âge d'un mois et présentait un bon aspect, il était bien réglé au sein, son foie et sa rate étaient normaux, il avait une hernie inguinale double.

Était régulièrement suivi au dispensaire, a présenté à un mois et demi du cranio-tabès et a été mis aux frictions mercurielles.

Milieu familial : très bien soigné par sa mère qui suivait attentivement tous les conseils reçus.

XXI. — C... André : né le 30 juin 1927, décédé le 1^{er} janvier 1928 de broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, une sœur aînée bien portante.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 4 kgs. Nourri à l'allaitement mixte simultané. Sein, complété au biberon.

Présentait à son premier examen, à l'âge d'un mois, une rate nettement augmentée de volume, a été régulièrement suivi et réglé au point de vue alimentation.

Milieu familial : mère sans ressources, s'occupait bien de son enfant. S'était fait suivre pendant sa grossesse.

XXII. — M... Roger : né le 30 octobre 1927, décédé le 14 mars 1928 de broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants : trois grossesses, deux enfants vivants, un décédé de pneumonie à l'âge de quinze jours.

Antécédents personnels : né à terme, accouchement difficile, présentation des pieds, venu avec cordon détaché, a reçu du B. C. G., a présenté des convulsions pendant dix jours, a fait ensuite des phénomènes méningés. Au sein pendant un mois puis à l'allaitement artificiel au lait condensé.

A son premier examen, à l'âge de trois mois et demi, il présentait un bon état de nutrition avec fontanelle antérieure large et fontanelle post. persistante.

Il avait de la matité manumbriale et para manumbriale droites, une grosse adénopathie axillaire et inguinale, le foie était normal, la rate grosse et dure. Petite hernie ombilicale et hydrocèle bilatérale, crises de cyanose, la cuti était positive et la radioscopie a montré l'absence de gros thymus.

Il a été traité par des frictions mercurielles et suivi régulièrement au dispensaire.

XXIII. — D... Alice : née le 2 mai 1927, décédée le 10 mars 28 de broncho-pneumonie avec septicémie.

Antécédents héréditaires : père et mère bien por-

tants, trois grossesses dont un avortement de quatre mois après la petite.

Antécédents personnels : née à terme, accouchement normal, rougeole à huit mois et demi, depuis tousses toujours, ne prend rien depuis quelques jours.

Est amenée à la consultation à l'âge de dix mois en très mauvais état et dirigée d'urgence à l'hôpital où elle succombe le jour même.

XXIV. — G... Jean : né le 22 juin 27, décédé le 2 mai 1928 de bronchite.

Antécédents héréditaires : grand-père mort tuberculeux mais n'a pas été en contact avec l'enfant. Le père a une bronchite chronique non suivie, la mère aurait eu des lésions du poumon non bacillaires.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 4 kgs, a eu du B. C. G., élevé au sein trois semaines, a eu une broncho à l'âge de cinq mois et depuis tousses et crache.

A l'examen, à l'âge de neuf mois et demi, il présentait une ectopie testiculaire gauche, des râles discrets aux deux bases sans — zone de matité — souffles cavitaires à la base gauche faisant penser à une dilatation des bronches.

A la radio, pas d'ombre thymique, mais à droite, scissurite très nette oblique en bas et en dehors avec une grosse calcification hilare, petite nodosité paraissant calcifiée à gauche, la cuti-réaction est négative.

Milieu familial : l'enfant vivait dans une loge minuscule et très obscure, sans air, il était bien tenu. Séparé tardivement d'un frère aîné au préventorium.

XXV. — L... Louis : né le 24 août 1925, décédé en août 28 de broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires : père gazé, souffrant de l'estomac, mère en bonne santé, deux grossesses, pas de fausse couche.

Antécédents personnels : né à terme, non pesé, conjonctivite de l'œil droit (la mère avait des pertes blanches), au sein, vomissements et régurgitations.

A son premier examen, il avait six semaines et présentait un bon état général, avait de la conjonctivite, a fait plus tard de la seborrhée du cuir chevelu et de l'eczéma de la tête à l'âge de quatre mois, traité et guéri.

Milieu familial : l'enfant était soigné par sa mère qui a cessé de travailler au dehors pour l'élever. Il habitait les environs de Paris et était dans une maison claire et aérée.

XXVI. — B... Odette : née le 6 juillet 1927, décédée le 3 avril de bronchite capillaire.

Antécédents héréditaires : père touse, mère bien portante, deux gestations, pas de fausse couche.

Antécédents personnels : née à terme, non pesée, allaitement au sein bien réglé.

Vue à sept semaines, est en bon état de santé et

était régulièrement surveillée. N'a présenté rien d'anormal.

Milieu familial: appartenait à famille dont les ressources ont été considérées suffisantes. La mère n'a pas bénéficié de la loi Strauss — était bien tenue, malheureusement sans soleil. La mère était concierge dans loge sombre.

XXVII. — M... Guy : né le 26 juillet 28, décédé en novembre de bronchite.

Antécédents héréditaires: le père est paludéen, il tousse tous les hivers, n'a pas été suivi. La mère est bien portante, a eu deux enfants vivants, pas de fausse couche.

Antécédents personnels: né à terme, poids de naissance : 3 kgs 500, ictère congénital ayant duré trois jours.

Nourri au sein mais mal réglé, présentait lors de son premier examen fait à l'âge de deux mois des selles verdâtres, bon état de nutrition. Le foie et la rate sont normaux, léger erythème du siège.

XVIII. — V... René : né le 19 juillet 29, décédé le 15 décembre 28 de bronchite capillaire.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, première gestation.

Antécédents personnels: né à terme, poids de naissance : 3 kgs 200, élevé au sein pendant deux mois,

mis en nourrice parce que sa mère était obligée de reprendre son travail au dehors. Suivi régulièrement au dispensaire.

Méningites tuberculeuses

XXIX. — M... Louis : né le 26 mai 1927, décédé le 21 novembre 1927 de méningite tuberculeuse.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants, un enfant bien portant.

Antécédents personnels : né à terme, poids de naissance : 2 kgs 580, allaitement au sein.

L'enfant a été vu pour la première fois à l'âge de deux mois et était bien constitué, n'est venu que deux fois à la consultation. La contamination tuberculeuse n'a pas été retrouvée.

XXX. — C... Ginette : née le 4 août 27, décédée le 17 février 28 de méningite tuberculeuse.

Antécédents héréditaires : père bien portant, mère décédée en décembre 1927 de tuberculose pulmonaire, deux sœurs vivantes, un frère décédé de méningite.

Antécédents personnels : née à terme, poids de naissance ?

Allaitement artificiel, a passé trois mois en nourrice, et n'a été vue qu'à l'âge de cinq mois et demi, ayant l'apparence de bonne santé.

Milieu familial : la mère morte, le père s'est complètement désintéressé des enfants.

XXXI. — D... Georges : né le 23 juin 27, décédé en avril 28, méningite tuberculeuse.

Antécédents héréditaires : père gazé, surveillé par le dispensaire, mère a eu une pneumonie en 1923, deuxième gestation, pas de fausse couche.

Antécédents personnels : né à terme, non pesé, pas de coryza, élevé au sein.

Lors de son premier examen, il avait un mois, on constate un état de nutrition médiocre avec réseau veineux cranien un peu dilaté, crâne mal ossifié. L'enfant est régulièrement suivi.

Milieu familial : la mère qui est propre tient bien ses enfants, a l'air peu empressée de suivre les conseils qu'on lui donne, elle aurait craché du sang en janvier et se serait fait suivre par docteur particulier.

Coqueluche

XXXII. — B... Michel : né le 5 avril 1926, décédé en août 1927 de coqueluche.

Antécédents héréditaires : une grossesse antérieure au cours de laquelle la mère a été suivie pour affection méningée, la grossesse actuelle était gemellaire, deux enfants de sexe différent.

Antécédents personnels : jumeau né à huit mois et demi, ayant présenté du coryza à la naissance. A été élevé au sein deux mois, puis à l'allaitement mixte jusqu'à six mois.

N'a été vu qu'une seule fois au dispensaire à l'âge

de quinze mois; présentait des bosses pariétales très augmentées de volume, de grosses épiphyses, de l'ostéolymphatisme.

Placé en nourrice, n'est pas revenu au dispensaire.

XXXIII. — M... Marcel: né le 23 mai, décédé le 2 octobre 1928.

Antécédents héréditaires : père en bonne santé, mère aurait fait une tuberculose pulmonaire en 1921, sept grossesses dont une avant terme, deux fausses couches à deux mois.

Antécédents personnels : né à terme, non pesé. Ni ictère, ni coryza de la naissance. Allaitement artificiel, pas de vomissements, selles normales.

Il présentait lors de son premier examen à l'âge de dix-sept jours un poids insuffisant, un état de nutrition moyen, de la polyadénie. Était bien soigné par sa mère qui était fatiguée par ses lésions pulmonaires.

Diphtérie

XXXIV. — Le B... Marie-Thérèse : née le 25 septembre 1927, décédée en août 1928 aux Enfants-Malades de diphtérie.

Antécédents héréditaires : le père malade atteint de tuberculose pulmonaire, est parti en sanatorium depuis deux mois; a été en contact avec l'enfant. Mère bien portante, cinq grossesses dont trois enfants vivants, un décédé de méningite, un mort-né à terme.

Antécédents personnels : est née à terme, ni coryza ni ictère, pesait 4 kgs 150, au sein jusqu'à sept mois. A eu une rougeole à sept mois et depuis tousse toujours.

A son premier examen, il avait neuf mois, il présente un bon aspect général, la rate et le foie sont normaux. Léger érythème fessier.

Milieu social : à la misère s'allie la mésentente, le père et la mère se disputent, et la dernière-née est la seule qui retient la mère à son foyer. Celle-ci morte, elle part, abandonnant les autres petits.

Otite

XXV. — L... Roger, né le 3 mai 1926, décédé le 5 mars 1928 d'otite avec réaction méningée.

Antécédents héréditaires : père atteint d'une tuberculose pulmonaire, mère bien portante, quatre autres enfants d'un autre père décédé aussi. Un avant-terme mort le quinzième jour de troubles digestifs. Le deuxième à six mois de mauvaise nutrition et de convulsions. Le troisième rougeole avec convulsions. Le quatrième de coqueluche.

Antécédents personnels : il est né à terme, poids de naissance : 3 kgs 490, élevé au sein.

A son premier examen, il avait quinze jours, il présentait une fontanelle post. très ouverte, un état de nutrition médiocre, sa rate était grosse et dure, il avait une hernie congénitale double inguinale.

A été traité aux frictions mercurielles.

A été en contact avec son père ayant fait une tuberculose aiguë en août, il y avait une cuti négative.

Athrepsie

XXXVI. — B... Jacqueline : née le 6 novembre 1927, décédée d'athrepsie et de gastro-entérite le 22 juin 1928 à l'hôpital.

Antécédents héréditaires : père touse, a une bronchite chronique, ancien paludéen, mère bien portante.

Antécédents personnels : premier enfant né à terme, poids de naissance : 2 kgs 950, ni coryza, ni ictère; on avait constaté pendant la grossesse un excès de liquide, élevé au sein jusqu'à sept mois, puis à l'allaitement mixte, a eu la rougeole à six mois.

A son premier examen, elle avait sept mois et demi, elle était amenée pour anorexie et présentait un état de nutrition insuffisant avec réseau veineux dilaté, le foie et la rate étaient normaux, mais elle présentait un gglion sus épitrochléen gauche. La cuti était négative — gglions cervicaux.

L'état de l'enfant s'étant aggravé, la deshydratation s'étant accentuée très rapidement, on a dû l'hospitaliser d'urgence.

Divers

XXXVî. — L... Fernande : née le 11 janvier 28, décédée en mai subitement de cause inconnue.

Antécédents héréditaires : père paludéen a encore des accès, mère en bonne santé.

Antécédents personnels : premier enfant né à terme, poids de naissance 5 kilog., a été nourrie au sein pendant un mois puis sevrée et mise au lait condensé qui l'a intoxiqué, on l'a alors mise au lait Nestlé qui lui donnait des alternatives de diarrhée et de constipation.

Vue à l'âge de six semaines, elle avait un bon état de nutrition le foie et la rate étaient normaux, elle avait une adénopathie axillaire bilatérale. A été remise au sein on complétait des tétées, était suivie régulièrement et semblait aller bien. Elle est morte en route brusquement pendant que la mère qui l'avait trouvée souffrante la conduisait aux Enfants-Malades.

XXXVII. — M... Joseph : né le 13 décembre 1928, décédé le 1^{er} mai à Claude-Bernard.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : premier enfant né à terme au sein 4 jours puis au biberon.

Vu à deux mois allant bien ayant un bon aspect général.

La rate et le foie étaient normaux, il présentait une petite hernie ombilicale.

XXXVIII. — M... Jean-Baptiste : né le 31 décembre 1927 ; décédé le 7 mai de convulsions.

Antécédents héréditaires : père bien portant, mère à eu une congestion pulmonaire en 1926, on lui aurait trouvé du B. K. dans les crachats en novembre 27. Depuis les analyses ont été négatives. Un autre enfant en août 1926 bien portant.

Antécédents personnels : né à domicile, à terme, non pesé. Accouchement normal, à reçu du B. C. G., a été nourri trois mois au sein puis au biberon.

Lors de son premier examen le 23 avril, à l'âge de 4 mois, il présentait un bon état général. Une cuti faite était positive, il n'a plus été revu ayant succombé brusquement à des convulsions.

XXXVIV. — D... Denise : née le 22 août 1926, décédée le 16 août 1928 de convulsions.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants.

Antécédents personnels : accouchement normal à 8 mois, poids de naissance 3 kilos 960, au sein 4 mois, a présenté des vomissements tardifs dès la naissance, servée à 20 jours a été mise en nourrice dont elle revient à l'âge d'un an.

C'est alors qu'examinée au dispensaire, elle présente un crâne natiforme avec nez écrasé. Les fausses côtes étaient évasées, elle présentait de plus un bourrelet sus-malléolaire.

Milieu social : La mère travaillant au dehors, la confiait à la grand-mère qui semblait bien s'en occuper.

Nous voyons que dans l'ensemble les causes et décès énumérées se rapprochent beaucoup de celles déjà relevées par M. V. Luyen dans une statistique antérieure au dispensaire de l'école de Puériculture (1).

FACTEURS AYANT CAUSÉ LA MORT	1926 DÉCÈS de 0 à 1 an 1 à 3 ans		1927 DÉCÈS de 0 à 1 an 1 à 3 ans	
<i>I. Causes sociales</i>				
Ignorance. Préjugés. Routine	1	»	»	»
Incurie. Indifférence	1	1	1	»
Taudis. Encombrement . .	1	1	1	»
Misère. Travail de la mère	1	4	2	1
Mise en crèche (épidémie de crèche)	1	2	»	1
Séparation (mise en nourrice ou pouponnière)	5	»	3	»
Allaitement artificiel	6	»	4	»
Alimentation défectueuse	»	1	»	1

II. Causes pathologiques

A. Causes anté-natales :

Débilité congénitale et pré-maturation	9	1	4	»
Syphilis héréditaire	4	»	2	1

(1) Etude médico sociale de la mortalité infantile.

FACTEURS AYANT CAUSÉ LA MORT	1926		1927	
	DÉCÈS de		DÉCÈS de	
	0 à 1 an	1 à 3 ans	0 à 1 an	1 à 3 ans
B. Causes post-natales				
Troubles digestifs	2	»	2	»
Tuberculose	4	4	2	3
Rougeole	2	1	2	2
Affections broncho-pulmo- naires	1	2	2	»
Coqueluche	1	»	1	»
Méningite	2	»	»	1
Diphtérie	1	1	»	»
Scarlatine	»	2	1	»
Néphrite	2	»	»	»
Athrepsie	1	»	»	»
Divers (maladies rares ou indéterminées)	2	3	4	2
Totaux :	47	23	31	12

Et si maintenant nous les comparons aux causes de décès de la première enfance survenus chez les enfants d'un autre quartier populeux de Paris, celui de Plaisance : enfants indistinctement surveillés ou non surveillés, nous sommes frappés par la grosse diminution de la mortalité des enfants du dispensaire par troubles digestifs.

Si en effet sur 124 décès à Plaisance, du 1^{er} janvier 1927 au 1^{er} janvier 1928 on enregistre 23 décès par

troubles digestifs, (1) soit un pourcentage de 18,5 % du taux de la mortalité totale sur nos 39 observations relevées, nous n'avons que 3 décès par trouble digestif soit 7,7 %, chiffre qui se rapproche des taux de mortalité antérieure par troubles digestifs constatés en 1926 et 27 à l'école de Puériculture et qui étaient de 4,3 % et de 6,4 %.

Nous verrons comment ce résultat a été obtenu en reprenant maintenant l'étude des facteurs de la mortalité infantile que nous venons d'énumérer et la façon dont lutte contre eux le dispensaire.

(1) Thèse de Mlle Hébert.

ETUDE ANALYTIQUE DES CAUSES DE LA MORTALITE INFANTILE ET DES MOYENS D'ACTION DU DISPENSAIRE

Nous avons vu que, comme l'a déjà signalé N. V. Luyen, socialement on peut dire que les trois causes principales de mortalité des tout petits sont :

1. — La misère et l'ignorance.
2. — La séparation momentanée ou prolongée.
3. — L'allaitement artificiel.

LA MISÈRE ET L'IGNORANCE

Il nous suffit de feuilleter les fiches jaunes des nombreux dossiers de l'éccle de Puériculture, fiches où sont consignés des détails touchant de la vie intime des petits malheureux pour nous rendre compte à quel point la misère est fréquente dans les quartiers populeux de Paris. Rares sont les familles où le père gagne suffisamment pour arriver à subvenir à lui tout seul aux besoins de la famille. Le plus souvent, la mère est obligée de l'y aider et dès lors le travail à domicile étant peu ré-

numérateur, la femme prendra un emploi au dehors. Enceinte elle sera malgré son état de gestation, condamnée à travailler et à fournir souvent un travail très dur. L'enfant souffrira déjà avant d'avoir vu le jour du travail de sa mère. Plus tard il sera encore sacrifié, confié à une voisine ou placé en crèche ou en nourrice, sevré précocement et privé de tous les soins maternels auxquels il a droit. Que de fois n'avons-nous pas relevé d'autre part de grandes privations, de grosses restrictions alimentaires chez des femmes enceintes, des nourrices ?

Pourrait-on dès lors s'étonner de la moins value du produit de conception de la mauvaise nutrition du nourrisson au sein ? Enfin le tout petit vivra le plus souvent enfermé, sans air, sans lumière, dans un quartier aux rues étroites, aux maisons élevées de cinq étages dont les façades sont tristes et sales. Plus la famille est nombreuse, plus elle sera mal logée, et l'on voit fréquemment des familles de sept vivants dans une seule pièce, des familles de huit ou neuf réunies dans deux pièces, des familles de 10 ou 11 réparties dans 3 pièces. Ces locaux souvent sales, obscurs, mal tenus sont de véritables taudis. Les water-closets sont communs, quelquefois à plusieurs étages. A la misère s'allie d'une façon constante l'ignorance. Si celle-ci n'est déjà pas rare dans les milieux aisés, elle est de règle dans les milieux pauvres et voit s'ajouter à elle les préjugés et la routine. « L'existence de l'enfant dépend entièrement de son entourage. Si cet entourage sait

choisir judicieusement la nourriture du bébé, s'il sait lui donner les soins qui lui sont indispensables, l'enfant vivra. Dans le cas contraire il est voué à une mort fatale », a dit Combe. Et Lannelongue disait en 1911 (Ligue contre la mortalité infantile) « La femme accouchée devenue nourrice ou qui par manque de lait a recours à l'allaitement mixte ou artificiel, n'a pas la science infuse. Il y a des notions essentielles qu'elle doit posséder pour les mettre en pratique. Pour les posséder, il faut les apprendre...

C'est par l'instruction des mères que l'on arrive à sauver quantité de petits êtres ».

Contre la misère le dispensaire ne peut malheureusement pas grand'chose encore que les infirmières visiteuses étudiant la situation des familles essayent de les faire bénéficier de tous les secours accordés par la loi (Loi Strauss et primes d'allaitement) trouvent souvent du travail à la maison aux mères qui veulent garder leur enfant, leur font parvenir des layettes, des biberons de lait, des secours dans la mesure du possible, les dirigent enfin vers les maisons maternelles où elles sont admises avec leur enfant. Malgré toute leur bonne volonté, elles ne peuvent malheureusement pas supprimer le taudis, le surpeuplement, mais elles arrivent tout de même grâce à leurs conseils, à le rendre plus propre, plus aéré, plus habitable.

Mais c'est surtout dans la lutte contre l'ignorance que le dispensaire fait beaucoup. La nécessité de pro-

duire un certificat médical pour avoir droit à la loi Strauss pour toucher la prime d'allaitement ou des bons de lait a fait connaître les consultations aux mères. Là elles sont instruites, guidées dans leur rôle d'éleveuses d'enfants.

Le médecin examine l'enfant, constate les anomalies qu'il peut présenter, suit son évolution, règle son alimentation, démontre aux mères les avantages de l'allaitement maternel, les inconvénients et les difficultés de l'allaitement artificiel. Il traite les petites affections que l'enfant présente au cours de sa croissance.

L'infirmière visiteuse qui déjà a suivi la mère à la consultation pré-natale a visité les femmes enceintes, continue après la naissance à suivre le nourrisson. Elle sait d'avance les hésitations qu'il faudra vaincre, les arguments qui sont capables de toucher chacune, les résultats qu'elle a déjà obtenus, ce qui reste à gagner. Son influence est grande. Elle sait gagner la confiance des familles, elle commente aux mères les conseils des médecins, va prendre des nouvelles des enfants dont l'absence a été remarquée, applique à domicile les soins prescrits, surveillant la façon dont les prescriptions sont suivies. Sans vouloir remplacer l'effort utile et secourable de toutes les femmes dévouées qui se consacrent aux différentes œuvres, elle apporte l'élément nouveau. « Ce sont les connaissances techniques d'hygiène infantile qu'elle enseigne sur place et par la pratique à la mère de famille » (Chatin),

Pourtant nous avons signalé dans nos observations deux décès dus à l'incurie et à l'insouciance de la mère.

(Observations 1 et 2). Ce n'est vraiment pas beaucoup dans le nombre total des enfants suivis. Et puis faut-il pour cela croire à un échec ? Dans quels milieux ne rencontre-t-on pas des indifférents, des insoucians ? où n'a-t-on pas à lutter contre le mauvais vouloir ?

LA SÉPARATION MOMENTANÉE OU PROLONGÉE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

C'est aussi par leurs efforts combinés que médecins, infirmières visiteuses arrivent bien souvent à épargner au petit être sans défense, la séparation d'avec sa mère. On connaît en effet les résultats déplorables de l'éloignement du nourrisson de sa mère, qui ajoute au sevrage la privation des soins maternels. L'attention avait été de tous temps attirée par la grande mortalité infantile dans les pays de nourrices (Sarthe. Nièvre. Hautes Alpes. Ardèches).

Dans leurs statistiques Luling, Bonnaire et Vitrey ont montré que la mortalité des enfants au biberon était presque double en nourrice que dans leur milieu familial. Si la mortalité des enfants en nourrice a baissé d'une façon appréciable, depuis que grâce à la loi Roussel la surveillance médicale des bébés éloignés de leurs parents a été rendue obligatoire, elle reste encore néanmoins très élevée. Bien que moins considérable, la mortalité des bébés en crèche est aussi assez grande ; elle comporte

outre les dangers des expositions des petits aux intempéries, les dangers des épidémies qui éclatent de temps à autre et qui sont responsables d'un bon nombre de décès des nourrissons par an.

Pourtant nous avons vu que la femme du peuple est dans l'obligation de travailler hors de chez elle pour gagner sa vie, et cette séparation d'avec son enfant lui est pour ainsi dire souvent imposée par sa situation sociale. Toutes les fois que le dispensaire par ses conseils médicaux, par les conseils de ses infirmières visiteuses surtout n'arrivera pas à convaincre la mère de garder son enfant, en essayant de la secourir du mieux possible, de la diriger vers une maison maternelle, où toutes les fois que l'éloignement du tout petit, de son milieu familial sera rendu obligatoire du fait d'une contagion possible, le dispensaire le mettra encore dans les meilleures conditions en le dirigeant vers un centre de placement familial qui est peut-être une des œuvres pour la protection de l'enfance qui donne les meilleurs résultats, résultats se rapprochant d'après N. V. Luyen de ceux du dispensaire.

On comprend d'ailleurs aisément ceci : l'enfant étant placé à la campagne, chez des éleveurs étrangers il est vrai, mais qui sont sous une surveillance sévère du médecin et de l'infirmière visiteuse du centre de placement, c'est-à-dire à peu près sous des conditions analogues à celles des enfants du dispensaire.

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Nous avons placé l'allaitement artificiel parmi les causes sociales de la mortalité infantile. En effet seul l'homme de toute la série animale a voulu violer les lois de la nature et nourrir ses petits avec du lait d'une autre espèce. Rares sont les cas où la suppression de l'allaitement maternel est imposée par une affection pathologique de la mère. Seule la tuberculose constitue une contr'indication absolue à l'allaitement maternel. A côté d'elle nous pouvons ranger les néphrites, les névroses, les cardiopathies qui elles aussi contr'indiquent mais d'une façon moins absolue l'allaitement. L'agalactie qu'invoquent pour se justifier certaines femmes est vraiment exceptionnelle, et l'hypogalactie beaucoup plus rare qu'on ne le dit. Le plus souvent l'enfant est privé du sein maternel par les mauvais conseils, l'indifférence et l'égoïsme maternel, dans les classes aisées, la nécessité de travailler, dans les milieux pauvres.

Nourrir artificiellement un enfant demande toute une science. Il faut choisir la variété de lait, le doser exactement, tâter la susceptibilité de l'organisme, en régler l'administration. C'est seulement à ce prix et en prenant de très grandes précautions pour le nettoyage et la stérilité des ustensiles dont on se servira que l'on pourra arriver à élever artificiellement un enfant. L'ambiance, les conditions atmosphériques jouent un rôle important dans les troubles des enfants élevés au bibe-

ron. La grande mortalité infantile par troubles digestifs au cours des mois de chaleur est connue depuis longtemps. Les taudis mal tenus, surpeuplés, mal aérés, surchauffés l'été, envahis par les mouches, expliquent combien l'allaitement artificiel est périlleux dans les milieux pauvres, et jusqu'à quel point les femmes ignorent les notions d'hygiène les plus élémentaires. Une erreur, une négligence suffisent de déterminer souvent les accidents suraigus qui entraînent la mort en quelques jours.

Que fait le dispensaire pour l'alimentation du nourrisson ? Lentement mais d'une façon efficace, le médecin et l'infirmière visiteuse par leurs conseils, par l'exposé des inconvénients et des difficultés de l'allaitement artificiel, par une instruction continue et une douce violence arrivent à sauver de nombreux enfants d'un sevrage précoce. Témoin de cela le plus grand nombre d'enfants au sein appartenant à des familles qui ont été suivies pour leurs aînés par le dispensaire et qui ont été éduquées.

Dans les cas d'allaitement mixte ou artificiel, le dispensaire guide les mères et permet ainsi aux enfants de supporter l'allaitement artificiel avec le minimum de mal. On se rend compte en constatant que « les enfants surveillés dont l'alimentation est réglée avec soin dans ses moindres détails, traversent les grandes chaleurs sans dommages » (Maygrier).

D'autre part nous avons déjà vu que la mortalité infantile par troubles digestifs est bien moindre chez les

enfants surveillés. Cela tient à ce que grâce à une surveillance sévère de leur alimentation, on arrive à supprimer les erreurs grossières d'alimentation et que les troubles constatés chez les enfants surveillés tiennent plutôt aux intolérances des organismes infantiles vis-à-vis de certains laits ou à l'anaphylaxie que présentent certains enfants pour le lait d'une autre espèce.

CAUSES PATHOLOGIQUES

Nous avons vu dans notre étude la fréquence de la mortalité infantile, de la débilité congénitale, et de la syphilis héréditaire. On connaît de longue date l'action manifeste de la syphilis sur l'œuf. C'est elle la « grande avorteuse » et c'est encore elle qui sera cause dans près de 50 % des cas de mortinatalité. C'est elle enfin qui sera le point de départ d'un grand nombre d'accouchements prématurés, de naissances d'enfants débiles.

Et le nourrisson hérédo-syphilitique pourra soit, attirer l'attention dès sa naissance, par ses stigmates évidents : pemphygus, coryza, ictère persistant, grosse rate, malformations congénitales multiples ne laissant aucun doute sur la nature de l'affection dont il est atteint, soit naissant en apparence bien constitué se montrer ultérieurement inapte à vivre. Enfin il n'est pas rare de voir l'hérédo syphilis apparaître d'une façon cliniquement évidente tardivement au bout du 2^e ou 3^e mois. Or, la syphilis est une maladie évitable et là encore le dispensaire par sa consultation pré-natale, son dépistage anti-

vénérien a fait ses preuves. C'est au cours de la gestation, et dès le début de la gestation et régulièrement que la femme doit être traitée, c'est dès la naissance que le nourrisson doit être soumis au traitement. Bien conduit au cours de la grossesse le traitement anti-syphilitique permet d'obtenir des enfants vivants et curables issus de mères syphilitiques évidentes. M. le Pr Couvelaire ayant eu un traitement en 1921, 73 femmes enceintes syphilitiques, a obtenu 65 enfants vivants. Les 8 échecs correspondaient à des femmes n'ayant reçu qu'une série ou moins d'une série de piqûres, vues tardivement, venues irrégulièrement. Au contraire, si l'on attend pour commencer le traitement chez le nourrisson, l'apparition vers le 2^e ou 3^e mois de lésions viscérales nettes, le traitement reste sans aucun effet et l'on perd les petits malades d'athrepsie ou d'hypothrepsie. Les moins touchés vivent quelques mois de plus mais finissent par succomber de méningite.

A côté de l'hérédosyphilis il y a un facteur qui joue un rôle important dans la prématurité et la débilité congénitales. C'est le surmenage maternel. La femme qui continue à travailler les derniers mois de sa grossesse, surtout la femme qui a un travail dur, accouche souvent prématurément. On a d'autre part insisté sur la moins value pondérale des enfants nés dans ces conditions.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude des troubles digestifs et l'importance du dispensaire pour les préve-

nir. Nous les avons englobés dans le chapitre de l'allaitement artificiel. Et nous nous arrêterons maintenant sur la lutte contre les maladies infectieuses. Il est évident que par ces conseils d'hygiène le dispensaire pourra éviter certaines contaminations encore que la promiscuité forcée par manque de pièces rend sa tâche difficile. Mais il est une affection qui fait ravage chez les tout petits et contre laquelle le dispensaire peut beaucoup : c'est la tuberculose. Il est évident que la question du virus filtrant pose des problèmes difficiles à résoudre avec les notions actuelles. Mais si avec MM. les professeurs Léon Bernard et Rist nous admettons qu'il n'y a pas d'hérédité tuberculeuse, ni d'hérédité de terrain favorisant le développement de l'affection, on conçoit l'importance que prend le dispensaire dans la lutte contre ce fléau de l'enfance. Le dispensaire infantile par ses rapports avec les dispensaires anti-tuberculeux de son quartier, par un examen complet et général des femmes enceintes, l'enquête minutieuse de ses infirmières minutieuses, dépistera les tuberculeuses en évolution qui menacent le petit être à naître permettra ainsi de protéger en le vaccinant par le B. C. G. en le séparant de son entourage contaminé. D'autant plus que l'on connaît actuellement la gravité des contaminations massives des nourrissons par la mère ayant fait à l'occasion de sa grossesse et de son accouchement une poussée évolutive.

Voyons maintenant si dans les cas relatés nous pouvons avoir une idée de la contamination des enfants :

Il est incontestable que c'est la mère tuberculeuse avancée et morte d'ailleurs avant son enfant, qu'il a contaminé dans notre observation n° XXX. C'est encore la mère qu'il faut incriminer dans la mort de l'enfant n° XXXI. La contamination n'a pas été retrouvée pour l'enfant XXIX. C'est le père indifférent, insouciant qui n'a jamais voulu se faire suivre pour sa bronchite chronique, qui est responsable de la mort par bronchite du petit malade n° XXXIII ?

RESULTATS OBTENUS PAR LE DISPENSAIRE

Et maintenant que nous avons relaté les décès du dispensaire de l'école de Puériculture au cours de l'année 1928, que nous avons étudié analytiquement les causes de ces décès, et les moyens de lutte contre eux dont dispose le dispensaire voyons quels sont les résultats obtenus.

Le nombre de nourrissons suivis à l'école de Puériculture en 1928 est de 1.838. Le déchet de cette année n'a été que de 41 ce qui correspond à 2,2 %, ce taux de mortalité étant le taux global se rapportant aux enfants de 0 à 3 ans.

Si nous ne considérons que la mortalité de 0 à 1 an seulement, nous voyons qu'elle est de 3,32 %.

Nous ne nous cachons pas les difficultés auxquelles on se heurte, toutes les fois qu'on veut faire une statistique de rendement d'une œuvre de l'enfance, et notamment du dispensaire. Etant donné que l'on a des en-

enfants de constitution très différente, à date d'inscription très variable, à assiduité à la visite très inégale, mais malgré tout le taux brut de la mortalité infantile du dispensaire est très instructif. Notre taux est le voyons-nous très rapproché de ceux déjà donnés pour les années antérieures par MM. Weill-Hallé et L. V. Luyen.

TAUX DE MORTALITÉ DE L'ÉCOLE DE PUÉRICULTURE

	1924	1925	1926	1927
	—	—	—	—
Nombre d'inscrits . . .	2.510	2.001	2.407	2.521
Nombre de décès . . .	64	53	70	43
Taux de mortalité :				
(de 0 à 3 ans) . . .	2,55 %	2,12 %	2,93 %	1,70 %
(de 0 à 1 an) . . .	6 %	3,42 %	4,4 %	—

Par contre les chiffres de mortalité infantile du dispensaire sont bien loin du chiffre de la mortalité générale infantile de l'enfance qui est de 8,9 %. Dès lors, en comparant notre taux à la mortalité totale, nous voyons que la mortalité des enfants surveillés n'est plus que de 3,32/8,9 égal c'est-à-dire au 1/3 de la mortalité des enfants non surveillés.

Mais ce rendement déjà appréciable est encore bien au-dessous de l'idéal réalisable. Nous avons vu chemin faisant dans l'étude que nous avons faite, des facteurs de mortalité, même parmi les enfants surveillés combien il subsiste de causes évitables de décès. Il faut élargir l'action médico-sociale du dispensaire. Dans l'état actuel des choses, seules les mères qui désirent s'instruire, sont suivies et visitées à domicile, et pourtant les insouciantes

bénéficieraient le plus de l'aide de la visiteuse. (Mlle Mamette). Pour le moment le dispensaire essaye d'attirer ses dernières en leur donnant des layettes, des bons alimentaires de secours. Mais ces moyens sont insuffisants. Ce qu'il faudrait, c'est rendre ces consultations gratuites, obligatoires, et demander par une loi que tout enfant comme l'a si bien dit Mlle Labeaume soit pourvue d'un carnet d'élevage.

D'autre part il faudrait pouvoir associer à la lutte contre l'ignorance une lutte beaucoup plus énergique contre la misère, élargir la portée de l'assistance sociale.

Les bons conseils des médecins, le dévouement infatigable des infirmières visiteuses ne suffisent pas aux familles miséreuses ; ce qu'il faudrait c'est pouvoir améliorer leur condition d'existence : leur offrir une habitation saine, par la création partout de nombreuses cités ouvrières, permettre à la mère de famille de rester chez elle et de s'occuper de ses enfants.

Or, le taux des indemnités allouées 1,75 par jour (loi Strauss) plus 1,50 de prime d'allaitement est vraiment dérisoire. L'assistance sociale telle qu'elle est actuellement, est pratiquement inexistante. La loi offre à la femme le repos contre une allocation inutilisable, et la condamne ainsi à travailler. Tous les efforts des législateurs doivent tendre à améliorer cette situation, et pour sauver chaque année, des milliers de vies humaines permettre à la femme suivant l'expression heureuse de Lagneau « la nourrice payée de son enfant ».

CONCLUSIONS

La mortalité du 1^{er} âge est considérable en France.

Si l'on réunit aux enfants qui succombent au cours de la 1^{ère} année d'existence, les cas de mortinatalité, les chiffres s'élèvent à près de 100.000 morts par an.

Nombreuses sont actuellement les œuvres de protection de l'enfance. Une des plus efficaces, sinon la plus efficace est sans contredit le dispensaire. Dans notre thèse, nous avons voulu montrer l'importance du dispensaire dans l'élevage du nourrisson. Et pour ce faire nous avons étudié son rendement au cours de l'année 1928. Nous avons relevé et relaté dans notre travail, les décès des enfants, nous avons étudié analytiquement les causes de la mortalité infantile, et il nous a été facile de montrer que si dans un certain nombre de cas la maladie a été la cause vraie du décès, dans d'autres elle n'a été que l'occasion emportant un enfant, qui par les conditions mêmes de sa vie : misère et ignorance de l'entourage, était voué à la mort.

C'est à l'ignorance que s'adresse le dispensaire. C'est

elle qu'il essaie de vaincre par les conseils de ses médecins, le dévouement inlassable de ses infirmières visiteuses. Il instruit les mères, lutte contre la séparation de la mère et de l'enfant, pour la progression de l'allaitement au sein, évite par une surveillance régulière, les erreurs grossières dans l'alimentation du tout petit.

Il agit encore d'une façon important dans la lutte contre la syphilis héréditaire qu'il dépiste et traite précocement. Contre la tuberculose par la vaccination préventive au B. C. G. et par la séparation avant contamination de l'enfant.

Il arrive par tous ces moyens à réduire la mortalité infantile au tiers seulement du taux général de la mortalité infantile et pourrait épargner ainsi près de 65.000 vies humaines par an.

Ce rendement déjà appréciable est encore bien au-dessous de l'idéal réalisable et cela tient à deux raisons :

1. — Le dispensaire n'agit que sur les femmes qui veulent bien être instruites et surveillées. Les insouciantes, les indifférentes sont libres d'élever leur petit à leur façon.

Pour obtenir de meilleurs résultats, il faudra rendre la consultation obligatoire, exiger que tout enfant soit pourvu d'un carnet d'élevage.

2. — Le dispensaire malgré l'assistance légale et les œuvres privées ne dispose pas de ressources suffisantes

pour mettre la femme enceinte ou nourrice dans de bonnes conditions de vie ? A son effort doit donc s'ajouter l'effort du législateur qui doit tendre à améliorer la situation de la mère nourrice, lui permettre de s'occuper du nouveau-né.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président
LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer,
le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — *Maladie des enfants.*

BACHIMONT (Charles). — *Documents pour servir à la Puériculture intra utérine* (1898).

BACHIMONT (Alexandre). — *De la Puériculture intra utérine au cours des grossesses gémellaires* (Thèse de Paris 1899).

Professeur BERNARD (Léon). — *Rapports sur les maisons maternelles* (Bulletin de l'Académie de Médecine, novembre 1922, page 303).

Professeurs BERNARD Léon et Robert DEBRÉ. — *Cours d'hygiène.*

DE BERNSON (Mme). — *Nécessité d'une loi protectrice pour la femme ouvrière avant et après ses couches* (Thèse de Lille, 1899).

BELS. — *Une consultation de nourrissons en pays flamands. Etude sur la mortalité infantile à Bailleul (Nord). Ses causes et les principaux moyens d'y remédier* (Thèse de Paris, 1911-12).

BOISSERIE-LACROIX. — *Etude statistique de la mortalité des enfants du premier âge à Bordeaux* (Journal Méd. de Bordeaux, 1922, page 415).

BOISSERIE-LACROIX. — *La lutte contre la mortalité infantile à Bordeaux* (Journal Méd. de Bordeaux, 1923, page 715).

BUDIN. — *La mortalité infantile de 0 à un an* (Obstétrique, 1903).

BUDIN. — *Les moyens de combattre la mortalité infantile* (Revue philanthropique, Tome X, page 207).

CHALMERS (A.R.). — *Anténatal hygiene and its relations to mortality in the first month of life* (Nat. conf. in Mort. Liverpool, 1914).

CHARRIÈRE. — *La mortalité infantile* (Gazette des Hôpitaux, 1905, pages 1263 et 1275).

Mlle CHARRONDIÈRE. — *Le travail professionnel de la femme et de la natalité.*

COMBE. — *Précis d'hygiène infantile et de puériculture.*

Mlle CONSIGNY. — *Maternité et travail. La mère et le nourrisson dans la famille ouvrière* (La réforme sociale de 1927).

Professeur COUVELAIRE. — *Directive générale sur le moyen de combattre la mortalité des enfants du premier âge* (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 1921).

Professeur COUVELAIRE. — *Puériculture intra utérine* (Annales de Gynécologie et d'obstétrique, mai 1903).

Professeur COUVELAIRE. — *La mortinatalité* (Presse Méd., 19 novembre 1921).

CRUVEILHER. — *Mortalité infantile et taudis* (Le nourrisson première année, septembre 1913).

DESCHAMPS Maurice. — *Dépopulation de la France ignorant ses misères* (Thèse Paris, 1911).

GREENWOOD et NEWBOLD. — *On the excess mortality of mas in the first year of life.*

D^r JEANNE HEBERT. — *La mortalité du premier âge ; étude médico sociale* (Thèse Paris, 1928).

ICHOK. — *Mortalité des enfants en milieu tuberculeux* (Re-

- vue d'hygiène et de médecine préventive, 1927, pages 615).
- JULLERAT et FILLASSIER. — *La mortalité infantile dans les différents quartiers de Paris et le logement* (Revue philanthropique, année 1916, page 321).
- JULLERAT. — *Le Logement dans la lutte contre la mortalité infantile.*
- JULLERAT et FILLASSIER. — *Dix années de mortalité parisienne chez les enfants de 0 à 14 ans* (Revue philanthropique, 1914, tom 35).
- Mlle le docteur LABEAUME. — *Hygiène sociale du premier âge* (Thèse Paris 1926).
- LABEAUME. — *Maternité et travail* (Annales d'hygiène, septembre 1927).
- LESAGE. — *L'enfant de Fouvrière d'usine et la mortalité infantile* (Paris Méd., 3 février 1917).
- LESAGE. — *La lutte contre la mortalité des premiers jours et la mort natalité* (Congrès international de la protection de l'enfance, Bruxelles 1921).
- D^r Mine LICHVA SARRAUTE-LOURIE. — *De l'influence du repos sur la gestation. Etude statistique* (Thèse Paris 1899).
- LORCIN. — *Etude sur la mortalité de la classe ouvrière* (Thèse Paris, 1896-1895).
- LULING. — *Mortalité du nourrisson en rapport avec la modalité de leur alimentation* (Paris 1900).
- RIBADEAU-DUMAS. — *Rapports sur l'élevage des nourrissons en dehors de la famille au Congrès des pédiatres de langue française* (Juillet 1922).
- Professeur MARFAN. — *Traité de l'allaitement*, 1920.
- MOURIER. — *La conjugaison de la pouponnière et du centre*

d'élevage en puériculture (Bulletin Académie de Médecine, 14 février 1928).

NEWSHOLME (A.). — *Mortality in the first month after birth and possibilities of its reduction* (National Health 1922, page 4).

SGUYEN VAN LUYEN. — *Etude médico-sociale de la mortalité du premier âge* (Thèse de Paris, 1928, n° 97).

NOBECOURT et CHREIBER. — *Hygiène sociale de l'enfance. Natalité et mortalité infantiles.*

PALMER. — *Infant mortality in 1922* (Mother and Children, 1923, p. 357).

PETIT (Léon). — *Le droit de l'enfant à sa mère* (Thèse de Paris, 1895).

A. PINARD. — *Rapports sur la périculture dans ces périodes initiales* (Annales de Gynec. et Obst., février 1913).

J. RENAULT et LABEAUME. — *Crèche pouponnière. Centre d'élevage* (Traité de Sergent, tome XIV-XXIV).

RIBADEAU-DUMAS. — *Les applications de la médecine aux nourrissons avec l'indication des principaux centres d'élevage* (Traité de Sergent, tome XXIV, 2^e fascicule).

STRAUSS. — *Discours au Sénat sur l'enquête de mortalité des enfants assistés* (« Journal officiel » du 20 octobre 1922).

STRAUSS. — *Rapport général sur cause de mortalité* (Revue philanthropique, tome XXXI, pages 96 et 225).

VEIL-PICARD (Raoul). — *Les centres de Puériculture* (Thèse Paris, 1927).

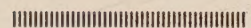
VARIOT. — *Traité d'hygiène infantile*, 1910.

VITREY. — *Contributions à l'étude de la mortalité infantile en rapport avec le mode d'allaitement* (Thèse Léon 1906-1907).

VALLICH. — *Rapports à l'Académie de médecine sur les documents transmis à la commission permanente de l'hygiène de l'enfance de 1921.* (Bulletin de l'Académie de Médecine, 20 novembre 1921, page 342).

WEIL-HALLÉ et NGUYEN VAN LUYEN. — *Mortalité de dispensaire de l'école de Puériculture, années 1926 et 27* (Bulletin Société de Pédiatrie, février 1928).

Dr WEILL-HALLÉ. — *La puériculture et son évolution* (Presse Méd., 16 février 1929).



IMPRIMERIE VULLIEZ
L. VULLIEZ ET R. CHIOT
JOIGNY -:- YONNE
1929

